X kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 19)**

z dnia 7 maja 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 19)

7 maja 2024 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Sawickiego (PSL-TD)**, przewodniczącego Komisji, oraz posła **Tomasza Kostusia (KO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Piotr Miklis** wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami oraz **Marcin Miernicki** p.o. kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownicą.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: – **Tadeusz Cieśluk** i **Tadeusz Oset** z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Sawicki (PSL-TD):

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji. Przepraszam za spóźnienie. Trochę źle wymierzyłem czas i, niestety, spóźniłem się. Przepraszam bardzo.

Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Stwierdzam kworum. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę uwag. Przystępujemy do realizacji porządku obrad. Jest to rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych”. Proszę pana przedstawiciela, pana prezesa, o przedstawienie informacji.

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Piotr Miklis:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Jest ze mną pan wicedyrektor Paweł Korzeniowski i pan dyrektor Marcin Stolarczyk, reprezentujący Departament Zdrowia NIK, który koordynował tę kontrolę. Zanim oddam im głos, chciałabym jednak powiedzieć kilka słów wstępu.

Przepraszam, jest jeszcze z nami w ekipie pan doradca prawny Paweł Gliński.

Panie przewodniczący, na wstępie chciałbym zauważyć i podkreślić, że stomatologia jest niedocenianym rodzajem świadczeń. Niesłusznie, bo stan zdrowia jamy ustnej ma niebagatelne znaczenie dla całego organizmu. Schorzenia jamy ustnej istotnie zwiększają choćby ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i nefropatii. To z kolei w oczywisty sposób przekłada się na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w tych zakresach. Powstaje zatem pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia analizowało wpływ stanu zdrowia jamy ustnej Polaków i działań zmierzających do poprawy tego stanu na ograniczenie kosztów innych rodzajów świadczeń. Niestety z naszej kontroli wynika, że nie były prowadzone takie analizy. Nadmienię tylko, że NIK przeprowadziła już podobną kontrolę 10 lat temu. Wówczas wskazywano, że stan zdrowia jamy ustnej Polaków – jak dziwacznie by to nie brzmiało – był niezadowalający i znacznie gorszy od przeciętnego stwierdzonego u obywateli pozostałych krajów Unii Europejskiej. Nasza obecna kontrola wykazała, że mimo upływu 10 lat w polskiej stomatologii niewiele się zmieniło, a w niektórych obszarach zmieniło się na gorsze.

Podstawowym problemem opieki dentystycznej pozostaje ograniczony dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w wyniku czego pacjenci leczą

się komercyjnie w sektorze prywatnym. Dostęp do świadczeń stomatologicznych, a co za tym idzie także stan zdrowia jamy ustnej, jest uzależniony w dużej mierze od możliwości poniesienie przez pacjenta kosztów leczenia we własnym zakresie. W tej sytuacji nie może dziwić, że w 2023 r., podobnie jak w latach poprzednich, zasadniczą część rynku usług dentystycznych stanowił rynek prywatny. Świadczenia finansowane ze środków publicznych stanowiły mniej niż 1/4 całego rynku usług stomatologicznych.

Od 2009 roku, tj. okresu objętego poprzednią kontrolą, realne nakłady na świadczenia stomatologiczne zmniejszyły się do 2022 r. o ponad 20%. Gdyby tylko uwzględnić inflację, to do leczenia stomatologicznego powinno wpłynąć dodatkowe 4,2 mld złotych – tylko po to, aby utrzymać poziom finansowania z 2009 r. Jakie to miało konsekwencje? Po pierwsze, w latach 2009-2022 o prawie 40% zmniejszyła się liczba świadczeniodawców realizujących umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po drugie, we wszystkich województwach występowały obszary, w których mieszkańcy nie mieli dostępu do świadczeń refundowanych z publicznych pieniędzy. Ja mieszkam właśnie w takiej gminie na terenie województwa śląskiego. Po trzecie, nastąpił odpływ kadry medycznej, czyli wysoko kwalifikowanych dentystów i asystentów, do sektora prywatnego. W systemie publicznym działa tylko ok.1/3 czynnych zawodowo dentystów. Oznacza to, że za publiczne pieniądze kształcimy w dużej mierze kadry dla sektora prywatnego. Główną przyczyną wskazanych zjawisk była zbyt niska wycena świadczeń stomatologicznych na tle innych świadczeń.

Teraz przejdę do odpowiedzi na pytanie przedstawione na wstępie, które postawiliśmy w ramach naszej kontroli – czy wszystkim uprawnionym zapewniono dostęp do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych? Doszliśmy do następującej oceny, którą sformułowaliśmy jako odpowiedź: „Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że w okresie objętym kontrolą nie wszystkim uprawnionym zapewniono dostęp do publicznej opieki stomatologicznej, a działania podejmowane w tym obszarze przez ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia były nieskuteczne”. Sformułowaliśmy w związku z naszą kontrolą wnioski, do których odniesiemy się już w szczegółowej prezentacji.

Za pozwoleniem pana przewodniczącego po tych paru słowach wstępu przekażę głos dyrektorowi departamentu zdrowia naszej instytucji, żeby przekazał szczegółowe informacje.

Przewodniczący poseł Marek Sawicki (PSL-TD):

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Pełniący obowiązki dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Marcin Stolarczyk:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, kontrole przeprowadzono w 2023 r. w 4 województwach: mazowieckim, śląskim, warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim. Objęła ona łącznie 15 podmiotów, w tym Ministerstwo Zdrowia, centralę oraz 4 oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, a także 9 świadczeniodawców. Udzielenie odpowiedzi na pytanie definiujące główny cel kontroli, o którym wspominał już pan prezes, czyli czy wszystkim uprawnionym zapewniono dostęp do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, możliwe było dzięki kontroli obszarów zdefiniowanych przez 4 cele szczegółowe. Te cele są ujęte na tym slajdzie.

Jak wspomniał już wcześniej pan prezes Miklis, w okresie od 2009 r., czyli od ostatniego roku objętego poprzednią kompleksową kontrolą stomatologii, do 2022 r., tj. ostatniego pełnego roku, z którego zostały opublikowane dane NFZ, realne nakłady na świadczenia stomatologiczne zmniejszyły się o nieco ponad 20%. Gdyby tylko uwzględnić inflację w tym okresie, do lecznictwa stomatologicznego powinno wpłynąć dodatkowe 4,2 mld złotych. Natomiast jeśli porównywalibyśmy wzrost kosztów leczenia stomatologicznego z tempem wzrostu kosztów wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, to nakłady na stomatologię były niższe o ponad 100%. Do świadczeniodawców w ramach umów NFZ powinno trafić o 10,5 mld złotych więcej. Znaczny wzrost, bo o blisko 3,5 mld złotych, zaplanowano dopiero na lata 2023 i 2024. To będzie wzrost o blisko 85,2% i 1,6 mld złotych więcej w porównaniu do roku 2009.

NIK oceniła, że nie wszystkim uprawnionym zapewniono dostęp do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, a działania podejmowane przez ministra

zdrowia i prezesa NFZ w kontrolowanym obszarze były nieskuteczne. Minister zdrowia nie określił polityki państwa w dziedzinie stomatologii. Nie sprawował skutecznego nadzoru nad tym działem medycyny. Stomatologia nie została również uwzględniona w strategicznych dokumentach określających rozwój systemu ochrony zdrowia. Nie uwzględniono jej w uchwałach Rady Ministrów, takich jak „Narodowy program zdrowia na lata 2021-2025” czy „Zdrowa przyszłość – ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do roku 2030”. Nie przygotowano również strategii w zakresie profilaktyki schorzeń jamy ustnej oraz udzielania świadczeń stomatologicznych.

Minister zdrowia dopiero w sierpniu 2022 r. powołał organ pomocniczo-doradczy – Radę do Spraw Rozwoju Stomatologii. Jej głównym zadaniem było wypracowanie optymalnego modelu stomatologii leczniczej, uwzględniającego zarówno rozwój tej dziedziny medycyny, jak również potrzeby zdrowotne osób uprawnionych. Minister zdrowia nie dysponował odpowiednimi danymi o schorzeniach jamy ustnej i ich wpływie na występowanie innych chorób. Nie kontynuowano również zakończonego w 2020 roku programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020”, mimo że konsultanci krajowi wskazywali ministrowi, iż brak kontynuacji uniemożliwia zbieranie jedynych wiarygodnych informacji dotyczących zdrowia jamy ustnej Polaków i wnioskowali o jego wznowienie. Należy podkreślić, że ogólnopolski program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej Polaków był wznawiany w kolejnych edycjach i prowadzony nieprzerwanie od 1997 r. NIK podkreśla, że dostęp do tak istotnych i aktualnych danych warunkuje podejmowanie właściwych decyzji i kreowanie skutecznej polityki państwa w tym obszarze.

NIK negatywnie ocenia dostosowanie przez ministra zdrowia z ponad 4-letnim opóźnieniem polskiego prawa do przepisów Unii Europejskiej, które zabraniało stosowania amalgamatu stomatologicznego w leczeniu dzieci do 15 r.ż. oraz kobiet w ciąży i karmiących. Uzasadniano to m.in. potrzebą zużycia zapasów tego materiału. Obowiązkiem ministra winna być przede wszystkim troska o zdrowie pacjentów, a nie interes ekonomiczny świadczeniodawcy.

W związku z realnie zmniejszającymi się od 2009 r. nakładami publicznymi na świadczenia stomatologiczne nastąpił znaczny spadek liczby świadczeniodawców, co skutkowało ograniczeniem dostępu pacjentów do publicznej opieki stomatologicznej. Główną przyczyną tak dużego spadku liczby publicznych świadczeniodawców jest zbyt niska wycena świadczeń stomatologicznych, o czym minister zdrowia był informowany przez prezesa NFZ, Instytut Matki i Dziecka oraz Radę do Spraw Rozwoju Stomatologii. Rada rekomendowała ministrowi podjęcie pilnych działań zmierzających do ponownej wyceny tych świadczeń.

Działania prezesa NFZ oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich funduszu w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń stomatologicznych nie były w pełni skuteczne. W każdym województwie występowały bowiem tzw. białe plamy, czyli obszary, na których mieszkańcom nie zapewniono dostępu do części świadczeń stomatologicznych określonych w planie zakupu świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia. W 3 z 4 oddziałów wojewódzkich NFZ-u Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła nadzór dyrektorów oddziałów nad udziałem świadczeń w dentobusach. Dyrektorzy oddziałów akceptowali bowiem harmonogramy postojów pojazdów, które nie obejmowały wyłącznie miejsc z ograniczoną dostępnością do świadczeń stomatologicznych. Należy tutaj wskazać, iż wyraźnie wskazanym w uzasadnieniu ustawy celem dentobusów było zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, w których nie ma gabinetu stomatologicznego.

Istotnym czynnikiem ograniczającym dostęp do publicznych świadczeń stomatologicznych był zakres oferowanych usług, który nie ulegał zasadniczym zmianom od 2013 r. i nadal nie uwzględniał wielu istotnych świadczeń. Ograniczenia wynikają także z wprowadzenia kryteriów wiekowych kwalifikujących do uzyskania określonych świadczeń oraz ze stosowanych w leczeniu metod i materiałów. Przykładowo, w zakresie świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży świadczenia przysługują wyłącznie dzieciom do 12 r.ż. i obejmują jedynie aparaty ruchome. Konsultanci wskazywali ministrowi zdro-

wia, że zawarte w leczeniu ortodontycznym kryterium wiekowe uprawniające do korzystania z przedmiotowych świadczeń do 12 r.ż. zamiast kwalifikacji opartej na rozwoju psychofizycznym dyskryminuje pacjentów, w szczególności chłopców dojrzewających później, często po wskazanej granicy wiekowej 12 lat. Powyższe powoduje, że mimo wad będących bezwzględnym wskazaniem do leczenia ortodontycznego, nie mogą oni uzyskać tego leczenia w ramach NFZ. W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace zmierzające do wprowadzenia nowocześniejszych metod leczenia ortodontycznego, m.in. aparatów stałych, oraz podniesienia wieku korzystania z tych świadczeń. Minister zdrowia nie wskazał jednakże dat wprowadzenia przygotowanych zmian.

Jeśli chodzi o świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane dorosłym pacjentom, istotnym ograniczeniem jest możliwość leczenia endodontycznego, tj. kanałowego, jedynie zębów między kłem a kłem, od trójki do trójki. Innym ważnym ograniczeniem jest brak możliwości ponownego leczenia kanałowego zębów uprzednio leczonych kanałowo. Brak refundacji leczenia zębów bocznych od czwórki, czyli zębów trzonowych i przedtrzonowych, oraz wysokie koszty związane z ich leczeniem w ramach sektora prywatnego są często powodem decyzji o ekstrakcji, czyli o usunięciu tych zębów.

W okresie objętym kontrolą, czyli od roku 2021 do końca pierwszego kwartału 2023 r., nie wprowadzono do zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nowych świadczeń, a także nie podniesiono ich wyceny. Ostatnie korekty wartości punktowej świadczeń NFZ wprowadził w 2020 r. Dotyczyły one wyceny leczenia kanałowego. Kolejne korekty wycen wprowadzono już po okresie objętym kontrolą – w kwietniu i sierpniu 2023 r. Przygotowano również projekt rozporządzenia wprowadzającego 5 nowych procedur stomatologicznych, w tym świadczeń udzielanych w znieczuleniu ogólnym dzieciom niepełnosprawnym, protez całkowitych o charakterze *overdenture*, a także rentgenodiagnostyki i profilaktyki. Nie został on jednak nadal wprowadzony.

Działania podejmowane przez ministra zmierzające do wprowadzenia wyceny świadczeń prowadzone były w sposób przewlekły. Jako przykład można podać przedstawiony na slajdzie proces wprowadzania procedur obejmujących m.in. leczenie kanałowe zębów przedtrzonowych i trzonowych, czyli od czwórki, oraz ponowne leczenie kanałowe zębów już przeleczonych za pomocą tej metody. W listopadzie 2018 r. minister zdrowia zlecił wydanie rekomendacji dla 5 świadczeń. W styczniu 2020 r. zawiesił do odwołania przygotowanie rekomendacji. W marcu 2023 r. ponownie zlecił wydanie rekomendacji. We wrześniu 2023 r., czyli po 4 latach, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał pozytywne rekomendacje. Zmiany te nie zostały wprowadzone w życie.

Jak już wcześniej wspomniałem, nastąpił duży spadek liczby podmiotów udzielających świadczeń i związane z tym zmniejszenie liczby miejsc udzielania świadczeń stomatologicznych. Co prawda w 2022 r. świadczenia stomatologiczne udzielono większej liczbie pacjentów niż w 2021 r. i 2020 r., ale było to nadal mniej udzielonych świadczeń niż w roku 2019, tj. ostatnim roku przed wprowadzeniem ograniczeń epidemicznych i zamykaniem gabinetów stomatologicznych w związku z wprowadzanymi lockdownami. Mimo podejmowanych przez NFZ działań, w tym przeprowadzanych konkursów, zwiększania wartości jednostki rozliczeniowej punktów oraz zwiększenia obszarów kontraktowania, nie udało się w pełni zabezpieczyć dostępu do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

Zmniejszenie liczby świadczeniodawców przekłada się na występowanie w każdym województwie wspomnianych już wcześniej białych plam. Są to obszary, na których mieszkańcom nie zapewniono dostępu do części świadczeń stomatologicznych określonych w przyjętym przez NFZ planie zakupu. W zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych białe plamy objęły obszar ponad 230 gmin, co stanowiło blisko 10% ogólnej liczby gmin. W zakresie świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia świadczenia nie były udzielane na obszarze obejmującym ponad 380 gmin, czyli 15,5% ogólnej ich liczby. Podobnie było w zakresie protetyki stomatologicznej. Te świadczenia nie były udzielane na obszarze 360 gmin, czyli nie były udzielane blisko 15% populacji. W zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży białe plamy wystąpiły w ponad 30 powiatach, co stanowiło ok. 9% ogólnej liczby powiatów.

Ważnym aspektem dla osób korzystających z publicznej stomatologii jest możliwość zgłoszenia się do dentysty z bólem zęba w sytuacji awaryjnej – w nocy lub w weekend. Taka pomoc udzielana jest w ramach zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej. W planie zakupu świadczeń NFZ zaplanowane jest udzielanie tej pomocy w kilku ośrodkach na terenie województwa obejmujących obszar od kilku do kilkunastu powiatów. Narodowy Fundusz Zdrowia ma jednak duże trudności z zakontraktowaniem świadczeń w tym zakresie. W okresie objętym kontrolą w blisko połowie województw świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej były udzielane w ramach umowy z NFZ tylko przez jednego świadczeniodawcę. Oznacza to, że aby uzyskać bezpłatnie świadczenie w ramach NFZ trzeba przejechać nawet do 100 km. Najgorsza sytuacja występowała na terenie województwa małopolskiego, gdzie przez 2 miesiące roku 2023 pomoc doraźna nie była udzielana. Można z niej było korzystać wyłącznie w sąsiednich województwach.

W związku z przedstawionymi problemami w okresie objętym kontrolą w rejestrach Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzonych dla 9 rodzajów poradni stomatologicznych odnotowano różne czasy oczekiwania. Jeśli chodzi o pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, to w 7 rodzajach poradni wzrosła liczba oczekujących na skorzystanie z porad stomatologicznych. Przykładowo w poradni stomatologicznej dla dzieci liczba oczekujących wzrosła z 6,7 tys. pacjentów do 13,5 tys. pacjentów. Jest to wzrost o 100%. W poradni stomatologicznej nastąpił wzrost ze 173 tys. zarówno dziecięcych, jak i dorosłych pacjentów, do aż 325 tys. pacjentów. Jest to wzrost o 90%. W 3 rodzajach poradni dla pacjentów zaklasyfikowanych jako przypadki stabilne wzrósł również średni czas oczekiwania w skali kraju. Przykładowo w poradni ortodontycznej czas zwiększył się z 38 dni do 43 dni. To jest 13,2%. W poradni chirurgii stomatologicznej czas oczekiwania zwiększył się z 8 do 18 dni. Jest to wzrost o 125%. Jeśli chodzi o pacjentów zaklasyfikowanych jako przypadki pilne, to liczba oczekujących wzrosła w 5 rodzajach poradni. Należy jednak dodać, że w przypadkach pilnych pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.

W ocenie NIK nakłady państwa na kształcenie lekarzy stomatologów nie były wykorzystywane w optymalny sposób. Mimo wysokiej wartości współczynnika liczby lekarzy dentystów przypadających na jednego mieszkańca w porównaniu do innych krajów europejskich oraz corocznie zwiększającej się liczby lekarzy dentystów w okresie objętym kontrolą, w 2021 r. zaledwie 37%, a w 2022 r. zaledwie 35% z nich udzielało świadczeń w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na koniec 2021 r. w Polsce było ponad 44 tys. dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu, z czego dentystów w stanie czynnym było ponad 39,5 tys. Natomiast pomocy w ramach NFZ udzielało jedynie 14,5 tys. dentystów. W 2022 r., mimo że liczba czynnych i uprawnionych do wykonywania zawodu stomatologów wzrosła o ponad 1 tys., dentystów udzielających świadczeń w sektorze publicznym było coraz mniej. Było to 14 tys. lekarzy dentystów, czyli o 0,5 tys. mniej niż w 2021 r. Wskazuje to, że za publiczne środki kształcone są kadry medyczne dla sektora prywatnego. Naczelna Izba Lekarska występowała do ministra zdrowia z postulatami dotyczącymi zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie stomatologii. Konsultanci krajowi poszczególnych dziedzin stomatologicznych także zgłaszali zapotrzebowanie na większą liczbę miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy dentystów. Minister zdrowia w okresie objętym kontrolą nie zwiększył jednak liczby przyznanych miejsc rezydenckich, także w dziecinie stomatologii dziecięcej, która od 2009 r. jest uznawana za dziedzinę priorytetową.

Mając na uwadze wpływ stanu zdrowia jamy ustnej na organizm człowieka, należy dążyć do poprawy dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W tym celu NIK sformułowała 3 wnioski pokontrolne do ministra zdrowia i 2 wnioski pokontrolne do prezesa NFZ. Jeżeli chodzi o wnioski do ministra zdrowia, to wnioskujemy o uwzględnienie stomatologii w dokumentach strategicznych określających kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej. Poza tym wnioskujemy o podjęcie działań zmierzających do dostosowania wyceny gwarantowanych świadczeń stomatologicznych udzielanych w ramach umów z NFZ w taki sposób, aby uwzględniały koszty ponoszone przez świadczeniodawców przy ich udzielaniu. Wnioskujemy również o zmianę rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego celem poszerzenia zakresu gwarantowanych świadczeń stomatologicz-

nych udzielanych w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym usług wykorzystujących nowoczesne technologie.

Jeżeli chodzi o wnioski skierowane do prezesa NFZ, to wnioskujemy o podejmowanie skutecznych działań w celu poprawy dostępu do świadczeń stomatologicznych, w szczególności na obszarach, na których świadczenia stomatologiczne finansowane przez NFZ nie są obecnie udzielane. Wnioskujemy też o zwiększenie nadzoru nad dyrektorami oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia akceptującymi harmonogramy i miejsca postoju dentobusów w celu lepszej realizacji ustawowego celu świadczenia tych usług, tj. zapewnienia opieki stomatologicznej dzieciom w miejscowościach, w których nie ma gabinetu stomatologicznego w najbliższej okolicy.

Dziękujemy państwu za uwagę i prosimy o ewentualne pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo dziękuję panu prezesowi i panu dyrektorowi za przedstawienie tak ważnego, istotnego problemu. Chciałbym podziękować za materiał bardzo dobrze przygotowany ze strony merytorycznej. Ten materiał jest, tak jak powiedziałem, ważny i istotny z dwóch powodów. Po pierwsze, wpływ stanu jamy ustnej na ogólny stan zdrowia jest oczywisty. Po drugie, ta sprawa dotyczy wszystkich Polek i Polaków. To sprawia, że ta sprawa jest tak poruszająca. Jest poruszająca, ponieważ oczywiste są te zaniedbania, zaniechania, brak nadzoru i błędy wykazane w przedmiotowym materiale. Jestem poruszony i zaniepokojony tym, o czym wspomnieli pan prezes i pan dyrektor – że opieka stomatologiczna nie była opisana w najważniejszych strategicznych dokumentach dotyczących systemu ochrony zdrowia. Kontrolerzy stwierdzili brak nadzoru w tym obszarze. Poza tym, co warte podkreślenia, w porównaniu do roku 2009 nastąpił istotny spadek nakładów na kwestie związane ze stomatologią, a w zasadzie z dostępem do publicznej opieki stomatologicznej. Był to spadek o prawie 20%. Jeżeli jestem w błędzie, to proszę pana prezesa i pana dyrektora o poprawienie, ale zrozumiałem, że gdybyśmy chcieli wrócić do stanu z 2009 r., to trzeba by było zasilić budżet kwotą ponad 4 mld złotych. To byłby powrót do stanu z 2009 r.

Mam kilka swoich pytań, przemyśleń i dygresji, ale zanim do nich przejdę, to oczywiście otwieram dyskusję. Pierwszy zgłosił się do zabrania głosu pan poseł Przemysław Witek. Panie pośle, bardzo proszę.

Poseł Przemysław Witek (KO):

Dzień dobry, szanowni państwo, szanowny panie prezesie, szanowni goście z NIK i szanowny panie przewodniczący. Mam pytanie uzupełniające. Kiedy przyglądam się tej ocenie ogólnej, nie wiem, jaką przyjęliście metodologię. Moim zdaniem ona nie jest do końca zwymiarowana. Wydaje mi się, że trzeba jasno o tym powiedzieć i wprost negatywnie ocenić tę działalność. Widzę, że ocena jest opisowa. Widzę też jednak, że minister zdrowia w ogóle nie określił polityki państwa w tej dziedzinie i nie dysponował danymi. Pomijam już fakt, że nie implementował przepisów unijnych, bo to była dość powszechna maniera i nikt nie przejmował się specjalnie tą kwestią. Jeśli chodzi o dostępność, to moim zdaniem trzeba by to nazwać inaczej – w ogóle nie ma dostępności. Wszyscy wiemy o tym najlepiej. Stomatologia jest powszechnie niedostępna, a przynajmniej taka była w tych latach. Oczywiście wysłuchałem tego z pełną atencją, bo jest tu sporo danych i raport jest świetny. Wiem zresztą, jak była prowadzona ta kontrola i nie mam żadnych wątpliwości w tej dziedzinie, Chciałem tylko zachęcić na przyszłość do bardziej przejrzystego artykułowania oceny ogólnej. Nie widzę tutaj tego elementu zwymiarowania, chociaż mogłem czegoś tam nie zauważyć. To wyrażenie „nie wszystkim”… To znaczy ilu? 10% miało, 10% nie miało itd? To jednak tylko taki element. Dziękuję wam serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle.

Czy pan prezes chciałby odpowiedzieć na to pytanie? Bardzo proszę.

Wiceprezes NIK Piotr Miklis:

Dziękuję za pytanie, panie pośle. Pan się na tym zna, dlatego to pytanie ma szczegółowy charakter. Powiem jednak tak – ocena jest rzeczywiście oceną opisową. Pozostawiliśmy

czytelnikowi możliwość zapoznania się ze szczegółowym uzasadnieniem, aby nie przesądzać o ocenie. Nie będzie to z pewnością sprawiać uważnemu czytelnikowi wielkiej trudności, żeby wydobyć z tych szczegółów kilka najważniejszych informacji. Powtórzę, że 10% gmin pozostaje bez stomatologa. Małopolska pozostawiona była bez tzw. opieki doraźnej. Powiem jeszcze o czymś, co wynika z innych danych. Jeśli chodzi o średnią stawkę pogłówną na cele związane z opieką dentystyczną, to płacimy średnio na obywatela 60 złotych rocznie. To są dane za 2022 r. Szanowni państwo, to nie wystarcza nawet na jedno plombowanie.

Jeśli jednak chodzi o przedstawioną ocenę, to można mówić o niedosycie. Ona jest wyważona, uwzględnia też pewną trudność, z którą spotykamy się zawsze, gdy w oparciu o stosunkowo niewielki zakres próby mamy oceniać całą potężną dziedzinę ochrony zdrowia. Jednak chyba żaden z czytelników raportu, a nawet w zasadzie pierwszych jego stron 18, od oceny do syntezy, nie ma wątpliwości, jaki wydźwięk ma ten raport. Względy metodologiczne, a czasami proste względy rachunkowe, decydują o tym, że ocena ma charakter opisowy, a nie negatywny. Staramy się jednak to przedstawić i zobrazować za pomocą liczb. Zgodzę się z panem posłem, że z powszechnie dostępną stomatologią jest ciężko. W Warszawie w ciągu majówki kolejka do udzielenia doraźnej opieki stomatologicznej… jedyny odpowiadający telefon oznajmiał, że jestem 101 w kolejce. Nie było więc łatwo.

Nawiążę jeszcze do jednej rzeczy. Moim zdaniem to nie jest dobrze sprywatyzowana branża. Pan dyrektor Stolarczyk wspomniał o tym, że kształcimy kadry dla sektora prywatnego. W domniemaniu przyjmujemy więc, że obywateli będzie stać na uczestniczenie w tak sprywatyzowanym systemie udzielania usług. Zjawiska, z którymi mamy do czynienia w ostatnich latach, zahamowały dostępność do publicznej opieki stomatologicznej. Obserwujemy zwijanie się tych gabinetów. Obserwujemy taki trend, że dentyści reklamują się wręcz w ten sposób, że nie mają kontraktu z NFZ. Przy takim poziomie finansowania publicznych świadczeń jest to automatycznie reklamą i deklaracją zapewnienia wysokiej jakości świadczeń.

Naszym zdaniem, począwszy od sprawy ujęcia w dokumentach strategicznych sprawy tak przyziemnej, jak stan zdrowia jamy ustnej Polaków, aż po realizację wniosków szczegółowych, raport jest wstrząsający dla tych, którzy dotrwają do jego końca. Wydźwięk jest więc negatywny. Ocena została skonstruowana w oparciu o przyjętą metodologię. Nie zostały przekroczone progi istotności, które powodowałyby konieczność wydania oceny negatywnej w poszczególnych obszarach. Trzymamy się więc przyjętej metodologii nawet wtedy, kiedy mamy odczucia wskazujące na konieczność wydania bardziej surowej oceny. Jesteśmy Najwyższą Izbą Kontroli. Musimy przestrzegać reguł, które sami ustanawiamy dla przeprowadzenia poszczególnych kontroli w programach kontroli.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo dziękuję. Panie prezesie.

O głos prosił pan dyrektor Michał Dzięgielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, który na dzisiejszym posiedzeniu Komisji reprezentuje Ministerstwo Zdrowia. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Wysoka Komisjo, szanowni państwo, panie prezesie, zadanie wydaje się karkołomne. Mówię tu o pokazaniu, że wprawdzie przedstawiają państwo wstrząsający obraz, jednak… Chciałbym rzucić trochę światła na to, co pokazywali państwo tutaj przed chwilą. Jakbym mógł prosić o cofnięcie slajdów do tego, który pokazywał nakłady na stomatologię.

Proszę bardzo, 2020 rok to największe tąpnięcie, jeśli chodzi o nakłady na stomatologię. To jest rok, kiedy pozamykały się praktycznie wszystkie gabinety stomatologiczne. Jeżeli oceniamy postępowanie ministerstwa i to, co ministerstwo robi w tej dziedzinie, to proponuję popatrzeć w prawo od roku 2020. Proponuję popatrzeć, jak w tej chwili wzrastają nakłady. Sami przyznali państwo w swoim raporcie, że w poszczególnych ostatnich latach zwiększa się nie tylko nominalna wartość środków przeznaczonych na stomatologię, lecz także jej udział w całości budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeżeli więc oceniamy stomatologię od 2019 r. do 2024 r., to zgadzam się, że jest to obraz pełnego kryzysu. Natomiast oceniajmy to, co ministerstwo robi w tej chwili. Nie wspomnieli państwo o tym, że od 4 kwietnia trwają konsultacje publiczne nad zmianami, o których mówiliśmy na tym posiedzeniu. Chodzi o rozszerzenie zakresu usług, łączenie z endodontycznym leczeniem zębów przedtrzonowych i protezą *overdenture*. Te zmiany są konsultowane i powinny wejść w życie jako dodatkowe świadczenia gwarantowane w maju, a najpóźniej w czerwcu.

Jeżeli mówimy o tym, że nie zrealizowano zaleceń unijnych w kwestii amalgamatu, to powinni wspomnieć państwo także o tym, że w tej chwili zasady dotyczące użycia amalgamatu są jednymi z najdalej idących w całej Unii Europejskiej. Amalgamatu w lecznictwie publicznym nie stosuje się nie tylko w stosunku do dzieci do 15 r.ż. i kobiet w ciąży. Amalgamat został w ogóle wycofany jako środek, który może być stosowany w gabinetach stomatologicznych z finansowaniem ze środków publicznych. Amalgamatu nie ma już jako wypełnienia. Wiązało się to ze zmianą wycen i z podniesieniem wycen dla poszczególnych wypełnień.

Rozmawiali także państwo o tym, że zmiany wycen były punktowe, bo dotyczyły na przykład pakietów chirurgicznych. Proszę jednak zwrócić uwagę na jedną ze specyfik stomatologii. Mamy świadczenia specjalistyczne, takie jak chirurgia stomatologiczna, takie jak protetyka, takie jak świadczenia dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. Jednak większa część terenu Polski – zgodnie z tym, co panowie pokazali, jest to 90% gmin – ma gabinet ogólnostomatologiczny. W gabinecie ogólnostomatologicznym leczy się dzieci i młodzież do 18 r.ż. W tych gabinetach w gminach wykonywane są też protezy dla ich mieszkańców. Jest więc dostęp do świadczeń jako takich. Proszę państwa, mówienie o tym, że 15% gmin nie ma dostępu do świadczeń dla dzieci i młodzieży, a 20% nie ma dostępu do świadczeń protetycznych, nie ma sensu. Gminy są na tyle małe, że wystarcza tam 1 gabinet stomatologiczny. On ma naprawdę szerokie kompetencje. Zgadzam się za to z wnioskami, jeżeli chodzi o ortodoncję. Tutaj przenieśli się już państwo na poziom powiatu. Nie zgodzę się jednak z tym, że w każdej gminie musi być gabinet protetyczny. To byłoby zupełnie nadmierne zastosowanie tego produktu, tym bardziej że muszą tam być specjaliści. Protezy dla każdego mieszkańca Polski może wykonywać każdy dentysta w gabinecie ogólnostomatologicznym, niezależnie od posiadanej specjalizacji. Co więcej, połowa protez jest wykonywana nie w gabinetach protetycznych, tylko w gabinetach ogólnostomatologicznych. To są właśnie te wszystkie małe miejscowości, które mają do tego taki dostęp.

O czym jeszcze mówiliśmy..? Zmiana wycen. W tej chwili idą zmiany wycen. Zestawiali też państwo te wszystkie świadczenia… To troszkę nie jest tak. Ten obraz po pierwsze, nie jest aż tak zły. Po drugie, jeżeli ograniczymy go do ostatnich 3 lat, to muszą panowie przyznać, że w tym czasie w stomatologii działo się wyjątkowo dużo: powołanie Rady, usunięcie amalgamatu, zmiany wycen… One są kroczące, bo nie da się wszystkiego zrobić od razu. Poza tym mamy rozszerzenie koszyka świadczeń. Jeżeli mamy być uczciwi, to powiedzmy, że ministerstwo teraz już coś robi w tej kwestii. Rzeczywiście, jak popatrzymy na to w perspektywie od roku 2009, to nie działo się wiele. Natomiast jesteśmy tu i teraz. Odpowiadam za to, jak ministerstwo pracuje w tej chwili. Prace zaczęły się kilka lat temu. Ministerstwo konsekwentnie działa na tym froncie. Mam nadzieję, że będziemy mogli działać dalej, że będziemy mogli rozszerzać zakresy wycen na kolejne świadczenia i będziemy mogli przyjrzeć się stomatologii dziecięcej. Muszą państwo pamiętać, że jeżeli chodzi o dostęp do świadczeń gwarantowanych, to wiele krajów europejskich, w szczególności te najbogatsze, gwarantują w ramach powszechnego ubezpieczenia tylko i wyłącznie bezpłatny dostęp do świadczeń dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. i dla kobiet w ciąży. Cała reszta nie jest objęta powszechnym ubezpieczeniem nawet w najbogatszych krajach, które mają dużo wyższą od nas składkę zdrowotną.

Powiedzmy sobie jeszcze o jednym drobnym rysie historycznym. Nawet w czasie, kiedy cała służba zdrowia była publiczną służbą zdrowia i każdy lekarz pracował z nakazu i w szkole, i w przychodni, i w każdym innym miejscu, były 3 sprywatyzowane dziedziny medycyny. Było to położnictwo, dermatologia w zakresie wenerologii, bo nikt nie chciał się leczyć publicznie z chorób wenerycznych, i właśnie stomatologia. Każdy stomato-

log miał także gabinet prywatny. To jest pewnego rodzaju przyzwyczajenie. Oczywiście więc nie całe społeczeństwo będzie oczekiwało, że zapewnimy dostęp do stomatologów w ramach bezpłatnych świadczeń na NFZ. Nawet w czasach, kiedy taki dostęp był wszędzie i był powszechny, a w każdej szkole pracował dentysta, ludzie świadomie wybierali leczenie w gabinetach prywatnych. Uważam więc, że ministerstwo pokazało, że jest zdecydowane działać na tym froncie i zmieniać sytuację. Jeżeli natomiast spojrzymy na cały okres od 2009 r., to mogę się tylko bić w pierś. Ja przyszedłem do ministerstwa w roku 2020. Uważam, że dzieje się dużo i idzie to w dobrą stronę, co przyznaje także Rada Stomatologii, która w większości składa się z konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach stomatologii. Współpracujemy z nimi na bieżąco. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Dziękuję, panie dyrektorze. Za chwilę pewnie wrócimy z kolejnymi pytaniami, jeżeli nie skierowanymi do pana prezesa, to skierowanymi bezpośrednio do pana.

Ad vocem pan prezes, a za chwilę według kolejności zabiorą głos pan poseł Bartosz Zawieja i ponownie pan poseł Przemysław Witek. Bardzo proszę.

Wiceprezes NIK Piotr Miklis:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Pan dyrektor dość dobrze uzupełnił moje uzasadnienie, dlaczego ocena ma charakter opisowy, a nie negatywny. W miarę przyznanego nam czasu i okresu objętego kontrolą, o czym panie posłanki i panowie posłowie mogą przeczytać w naszym raporcie od strony 64, odnieśliśmy się do zmian, które zaszły w kontrolowanym zakresie właśnie w okresie objętym kontrolą. Rzetelnie pokazujemy wszystkie zmiany na plus. Można powiedzieć, że dzięki temu ta ocena nie ma jednoznacznie negatywnego charakteru, tylko jest oceną opisową, w wyważony sposób odzwierciedlającą różne aspekty kontrolowanej działalności.

To jest glosa aprobująca, natomiast w pełni nie zgadzam się z tezą pana dyrektora, że pozostawienie 10% liczby gmin, nie mówiąc…

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Przepraszam bardzo, nie powiedziałem tego.

Wiceprezes NIK Piotr Miklis:

Panie dyrektorze, ja jestem akurat z takiej gminy. Nazywa się ona Krupski Młyn i liczy 3 200 mieszkańców. Nie mamy dentystów. Jestem człowiekiem, który z różnych względów może pozwolić sobie na prywatną opiekę stomatologiczną, bo jestem do tego zmuszony. Natomiast jeżeli chodzi o inne rodzaje świadczeń, to w ciągu tego weekendu majowego byłem zmuszony przeprowadzić test specjalistycznej opieki. Tu też nie jest najlepiej. Usługi o bardziej skomplikowanym charakterze, zwłaszcza jeśli chodzi o ząb dalszy od trójki… Jeżeli to naprawdę wymaga specjalistycznego leczenia, to dostępność jest utrudniona nawet w sektorze prywatnym. Praktycznie nie istnieje natomiast w sektorze finansowanym ze środków publicznych. Nie zrobi się leczenia kanałowego zęba nr 6 za publiczne pieniądze w województwie opolskim. W województwie śląskim jest natomiast jedno takie miejsce. Dostrzegając wszystkie pozytywne aspekty zmian, pozostańmy jednak krytyczni. Jest bardzo dużo do zrobienia. Ten raport pokazuje, jak wiele jest do zrobienia.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Za chwilę pan dyrektor będzie miał okazję się odnieść. Ten spór nie jest jednak przedmiotem dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Panie pośle Zawieja, bardzo proszę o skonkretyzowanie pytania. Bardzo proszę.

Poseł Bartosz Zawieja (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Tak, temat bez wątpienia jest bardzo szeroki. Bez wątpienia również zachodzą ostatnio pozytywne zmiany. Niemniej jednak, warto skupić się na tym, że brak dostępności, kumulujący te wszystkie problemy, związany jest z tym, że nie ma pewności finansowania nadkontraktacji. Popyt nie nadąża za podażą. Co za tym idzie, podmioty medyczne

zaczynają według kontraktu ograniczać jakość usług świadczonych w ciągu roku. Nie widzą, czy będą mieli zapłacone za nadkontraktację. To można by stąd wyczytać.

Jeżeli chodzi o szczegóły, czyli na przykład chirurgię stomatologiczną, to okres oczekiwania w moim województwie, czyli Wielkopolsce, wynosi ok. pół roku. Dzieje się tak ze względu na fakt, że NFZ nie ma pewności, czy będzie miał środki. Tak jak powiedziałem, te duże podmioty, które mają umowę z NFZ, ograniczają w tym momencie świadczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej. Chodzi głównie o kontrakty z zakresu stomatologii zachowawczej, czyli tego, co chyba bardzo powszechnie interesuje wszystkich. Jeżeli chodzi o rozwiązanie tego problemu, to oczywiście jest on bez wątpienia problemem finansowym. Warto by się było zastanowić, w jakim zakresie i w jakim stopniu zapewnić nielimitowane płacenie za nadkontraktacje, które są analogiczne do potrzeb.

Problem dotyczy oczywiście także zakresu. Na przykład w ramach kontraktów tylko w ograniczonym zakresie leczy się kanałowo zakres zębów przednich. Dodatkowo, ograniczony jest zakres usług z dziedziny protetyki – brak realizacji protez stałych. Jeśli chodzi o ortodoncję, to z tej analizy wynika, że wiek uprawnionych dzieci powinien być wydłużony do 18 r.ż. Można również zobaczyć tutaj proces, który postępuje na rynku tych świadczeń. Mówię o tym, że mniejsze podmioty biorą ten kontrakt tylko po to, żeby zrobić coś umownego w ramach kontraktu, a resztę świadczeń wykonywać w zakresie komercyjnym, prywatnym. Wydaje mi, że ta kontraktacja, ze względu na ogromne potrzeby i zaniechania jeszcze pocovidowe, powoduje, że podmioty, które są w stanie świadczyć te usługi, mają do tego dyspozycję. Ogranicza ich tzw. nadkontraktacja.

Z tego co zdążyłem jeszcze przeczytać w międzyczasie, to w przypadku ortodoncji liczba rezydentów, którzy są kształceni i pracują w całym systemie, jest niewystarczająca. Jest więc też sprawa tego, że liczba osób, które mogą się kształcić w ramach rezydentur, zwłaszcza na ortodoncji, jest niewystarczająca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo konkretne pytanie z konkretnym uzasadnieniem. Proponuję natomiast, żeby zadać serię pytań. Następni w kolejności są pan poseł Przemysław Witek i pani posłanka Marcelina Zawisza.

Poseł Przemysław Witek (KO):

Panie przewodniczący, wycofuję moją prośbę. Byłaby to raczej bardzo krytyczna uwaga w stosunku do pana dyrektora reprezentującego ministra zdrowia. Chciałbym więc tego uniknąć.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

To pogadamy sobie na korytarzu.

Poseł Przemysław Witek (KO):

Skupiamy się na raporcie, a co do niego nie mam już żadnych wątpliwości, zwłaszcza po tym, jak pan prezes omówił elementy dotyczące oceny ogólnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Rozumiem. Dziękuję bardzo, panie pośle.

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Mam uwagę ogólną. Warto zwrócić uwagę na grupę, którą trudno opisać i o której nie ma tutaj słowa. Trochę się temu nie dziwię, ponieważ jest to w zasadzie grupa, do której przynależność jest deklaratywna. W kontekście braku dostępu do opieki stomatologicznej warto mówić również o kobietach, które przygotowują się do zajścia w ciążę. Mamy udowodniony wpływ złej sytuacji zdrowotnej ze względu na problemy stomatologiczne na wcześniejsze porody i pogorszoną sytuację rozwoju płodu. Brak dostępu do opieki stomatologicznej wpływa również na tę grupę. Jeśli ona nie przygotuje się bezpośrednio do ciąży, co wydaje się prawdopodobne w sytuacji braku opieki stomatologicznej w tak wielu gminach oraz tak utrudnionym dostępie finansowym do opieki w systemie prywatnym, to potem rzutuje to na sytuację ciąży, porodu i zdrowia dziecka. Warto w jakimś sensie się tym zająć. Oczywiście niekoniecznie mówię tu do Najwyższej Izby Kontroli,

bardziej do Ministerstwa Zdrowia. Warto na to spojrzeć w kontekście wyceny świadczeń. To nie jest tylko kwestia tego, aby zapewnić świadczenia grupie wrażliwej, czyli osobom do 18 r.ż. ale również tego, aby z dużą dozą wrażliwości spojrzeć na tę grupę. To nie jest tylko kwestia ich zdrowia, ale również kwestia późniejszej ciąży. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Dziękuję, pani poseł. Rozumiem, że to były pytania adresowane do pana prezesa, tak?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Raczej do pana dyrektora.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Do pana dyrektora? Dobrze. Bardzo proszę.

Zdecyduje pan prezes. Panie prezesie, kto będzie odpowiadał?

Wiceprezes NIK Piotr Miklis:

Przychylę się do pierwszego zdania pani poseł Zawiszy. NIK rzeczywiście nie ma materiałów na ten temat, gdyż nie ma metodyki, która byłaby w stanie uwzględnić to zjawisko. Za pozwoleniem pana przewodniczącego oddam więc głos panu dyrektorowi.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo prosimy, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Byłem prawie pewien, że zostanę w tym momencie wywołany, zwłaszcza że pani poseł Zawisza zwróciła się do mnie prawie imiennie.

Pani poseł, jeżeli chodzi o kobiety w ciąży, to ministerstwo jest na to szczególnie wrażliwe. Rzeczywiście są to świadczenia nielimitowane udzielane ze współczynnikiem 1,2. To znaczy, że za każde takie świadczenie płacimy 20% więcej. Wiem, że pani mówiła o grupie kobiet szykujących się do ciąży, czyli o tych, które nie są jeszcze w ciąży. Przepraszam za to, co powiem, ale w tym przypadku trzeba by było zrobić współczynnik dla kobiet od 18 do 40 czy 45 lat. Tutaj mówimy już o głębokiej reformie całej stomatologii, bo w tym momencie byłaby to już nierównowaga ze względu na płeć. Jeśli ujmiemy w ten sposób całą grupę w wieku reprodukcyjnym, to mężczyźni będą dyskryminowani. Rzeczywiście staramy się jednak stymulować pracę stomatologów w momencie, gdy ma to wpływ na obydwie jednostki, czyli zarówno matkę, jak i dziecko. Dostrzegamy taką konieczność.

Odpowiem też panu prezesowi. Rozumiem fenomen małych miasteczek. Stomatolog, z którym sypiam, czyli moja żona od trzydziestu kilku lat, jest jedynym stomatologiem pracującym w miejscowości będącej siedzibą gminy z 4,5 tys. mieszkańców. W tej chwili jest też stomatologiem dla sąsiedniej gminy. Tam też był 1 stomatolog, który przeszedł już na emeryturę. W związku z tym ona robi za dwóch. Proszę państwa, co byśmy nie mówili, to jest to jednak pewnego rodzaju fenomen stomatologii. Trzeba się utrzymać z kontraktu na Narodowy Fundusz Zdrowia. To nie jest tak, że bierzemy sobie etykietę. To nie jest tak, że stomatolog może sobie pozwolić wtedy na to, żeby robić cokolwiek, bo resztę zrobi prywatnie. Jeżeli mówimy o małych gminach, to stomatolog musi zaopatrzyć swoją gminę. W dużych miastach jest łatwiejszy dostęp do jakichkolwiek usług. W małych miasteczkach stomatolog jest częścią tej społeczności. Tak to zazwyczaj wygląda – on tam żyje, pracuje i robi wszystko. Tak przynajmniej twierdzi i postępuje moja żona. Co miesiąc pomagam jej robić rozliczenia i wiem, ile ona robi i dla kogo.

Jeżeli chodzi o dzieci, to w tej chwili dostęp jest gwarantowany w nielimitowany sposób dzięki środkom funduszu medycznego. Dzięki temu, że mamy fundusz medyczny i środki prezydenckie, stomatolodzy dostają zwrot za wszystkie nadwykonania u dzieci. Weźmy pod uwagę, że tak jak w przypadku kobiet w ciąży mamy współczynnik 1,2, tak w przypadku dzieci mieliśmy współczynnik 1,3, który w tej chwili wzrósł do wartości 1,5. To znaczy, że za te same czynności u każdego dziecka płacimy o połowę więcej. Wydaje mi się więc, że w naturalny sposób staramy się faworyzować tę grupę. W ten sposób chcemy rekompensować to, że stomatolodzy mniej chętnie zajmują się dziećmi. Wiadomo, że dziecko nie jest wdzięcznym materiałem na pacjenta. Niektórzy dorośli też nie

są, ale dorośli raczej ominą gabinet. Natomiast dziecko potrafi zamknąć usta i ich nie otworzyć. Jest więc ustalone to 50% więcej i jest gwarancja nielimitowanego finansowania świadczeń. Jeszcze raz powtórzę, że jest to jest kierunek, w którym poszły kraje zachodnie. Na to składają się dwie rzeczy. Ta druga, jeszcze ważniejsza rzecz, jest taka, aby dzieci nauczyły się dbać o zęby, nie jeść słodyczy itp. To taka powszechna edukacja, o której też mówimy w tej chwili. Ona powinna zmienić obraz stomatologii. Pragnę przypomnieć, że jesteśmy także krajem, do którego się jeździ oglądać próchnicę. Nie dzieje się tak z powodu tego, że mamy taki czy inny dostęp do stomatologii, bo stomatologów jest dużo. Dzieje się tak dlatego, że nie przykładamy chyba jeszcze wystarczająco dużo uwagi do uczenia pewnych zdrowych nawyków żywnościowych, higienicznych i wszystkich innych. O to przede wszystkim należałoby zadbać.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze, za tę bardzo wyczerpującą odpowiedź, zwłaszcza jeśli chodzi o warstwę doświadczeń rodzinnych. Dziękujemy bardzo.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dziękujcie mojej żonie.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Czy są jeszcze jakieś pytania? Patrzę na parlamentarzystów.

W takim razie ja chciałbym się zwrócić przede wszystkim do pana dyrektora, który wywołał kilka tematów. Mam kilka dygresji. Pierwsza sprawa to dostęp do opieki stomatologicznej. Powiem o swoich doświadczeniach – on jest naprawdę bardzo dobry. On jest na najwyższym europejskim, a może i światowym poziomie, ale w wymiarze komercyjnym, za kasę, za pieniądze. Przepraszam za takie kolokwializmy i wzmocnienia. Mieszkam w Opolu i żaden inny segment usług medycznych nie rozwinął się w ostatnich latach, tak jak rozwinęły się usługi stomatologiczne. Implanty, wybielanie zębów… Szeroka gama i wachlarz usług, ale za pieniądze. Tymczasem my nie mówimy o ofercie komercyjnej. Mówimy o ofercie dotyczącej dostępu do publicznej opieki stomatologicznej, a w tym obszarze jest naprawdę źle. Jest źle nie tylko w wymiarze regionalnym. O to też chciałbym zapytać – tylko 3 województwa były objęte kontrolą? Na przedstawionej nam mapce wiedzieliśmy, że były tam bardzo duże nierówności. Spójrzmy chociażby na zestawienie Opolszczyzny z Mazowieckiem. Przede wszystkim jednak wypadamy fatalnie w porównaniu do średniej Unii Europejskiej. Na tym obszarze mówimy o wieloletnich zaniedbaniach. Nikt z nas nie chce upolityczniać tej dyskusji i dokonywać jakichś rozliczeń poprzedników w wymiarze personalnym czy partyjnym. Mówimy o tym, że mamy gigantyczny problem na tle krajów Unii Europejskiej. Mówimy o przyczynach i o genezie, mówimy nie tylko o fotografii dnia, lecz także prognozie. Co trzeba zrobić, żeby wyjść z tej zapaści? Panie dyrektorze, nikt nie kwestionuje tego, że w ostatnich latach ministerstwo podjęło ambitny program naprawy tej sytuacji. Natomiast raport Najwyższej Izby Kontroli – bardzo dobrze przygotowany, jak zauważyli koledzy – obnażył słabość systemu i w obszarze nadzoru, i w obszarze zaniedbań, i przede wszystkim w obszarze nakładów na profilaktykę i leczenie. Tutaj mamy problem.

Powiem też coś o rysie historycznym, bo pan dyrektor używał też takiego określenia. Nie jestem już takim młodzieniaszkiem, jestem zaliczany raczej do takiej parlamentarnej młodzieży plus. Wychowałem się w latach 80. Bardzo dobrze pamiętam, że w każdej szkole podstawowej, średniej i w zakładzie pracy był stomatolog. Oczywiście to było bardzo siermiężne, bardzo toporne i bez znieczulenia, ale był stomatolog. Wydawałoby się więc, że ta dostępność była powszechna. Przypominam, że kształcenie lekarzy stomatologów jest w Polsce darmowe. Wykształcimy więc wysokiej klasy specjalistów. Ci wysokiej klasy specjaliści na poziomie prywatnej przechodni dofinansowania są na przykład ze środków unijnych lub ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego. Przychodnie stomatologiczne korzystały z bogatych dofinansowań. W konsekwencji obywatel nie ma dostępu do stomatologa, tylko musi płacić. Jeżeli nawet jest dostępność, to bardzo ograniczona. Możemy się spierać, czy dostępność została ograniczona bardzo, czy tylko trochę, ale na tle innych krajów Unii Europejskiej wypadamy naprawdę fatalnie. To jest problem. Ten problem bardzo dokładnie opisała Najwyższa Izba Kontroli.

Chciałbym jeszcze wiedzieć, jeżeli to możliwe… Pan dyrektor odpowiedział już na tę wątpliwość, ale chciałbym… Nie wiem, czy mamy się zwrócić do NIK, czy do Ministerstwa Zdrowia, czy do Biura Analiz i Ekspertyz Sejmowych. Chodzi o to, jak to wygląda w krajach starej Unii, a jak to wygląda w krajach nowej Unii. Nie chodzi mi o komercję. Wiemy, że na tym polu jest naprawdę dobrze, powiedziałbym nawet, że bardzo dobrze. Usługi są na najwyższym światowym poziomie. Chciałbym tylko wiedzieć, jak to wygląda z dostępnością do publicznej opieki stomatologicznej.

Teraz moje ostatnie pytanie. Czy ministerstwo odpowiedziało już oficjalnie na te rekomendacje i wnioski NIK zawarte w przedmiotowym protokole, panie dyrektorze? Czy jest na etapie odpowiedzi? Innymi słowy mam pytanie, czy jeżeli taka będzie wola Komisji, będziemy mogli wrócić do tego tematu za jakiś czas. W moim przekonaniu ta sprawa jest bardzo ważna, bardzo rozwojowa i wymagająca pracy organicznej, nie tylko ze strony Ministerstwa Zdrowia. Pan dyrektor powiedział o niezwykle ważnej sprawie – mamy też problem z prewencją. To jest rola nie tylko ministerstwa, ale też rodziny, całego systemu edukacji i wszystkich partnerów społecznych. To jest nasze wspólne zadanie, nasze wspólne wyzwanie. Dziękuję bardzo.

Przepraszam, w tej części pytań chciałby jeszcze zabrać głos pan przewodniczący Wojciech Szarama. Bardzo proszę.

Poseł Wojciech Szarama (PiS):

Wydaje mi się, że powinniśmy przejść już od części pytań. Wiele spraw zostało wyjaśnionych. Jeśli chodzi o stanowisko, które przedstawił pan przewodniczący, to trudno się z nim nie zgodzić. Wyniki tej kontroli wskazują, że po porównaniu inflacji i wzrostu nakładów inflacja okazała się wyższa. Nakłady też powinny więc być wyższe. Myślę też, że zupełnie oczywistą rzeczą jest to, że stomatolodzy kształcą się w ramach funkcjonowania uczelni utrzymywanych z budżetu państwa.

Mam pytanie do pana dyrektora – co zamierzają państwo zrobić, aby zwiększyć nakłady na stomatologię? To jest bardzo konkretne pytanie. Oczywiście, jeśli państwo z NIK mają jakieś propozycje, to chętnie ich wysłuchamy. W tym stanie rzeczy, przy takim zainteresowaniu posłów, powinniśmy przyjąć dezyderat wzywający Ministerstwo Zdrowia do podniesienia nakładów na opiekę stomatologiczną finansowaną z ubezpieczalni.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Proszę państwa…

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Dziękuję bardzo.

Pan dyrektor chciałby odpowiedzieć, tak?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Jeżeli mogę.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Kompleksowo na te wszystkie pytania?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dokładnie, kompleksowo na wszystkie pytania, bo myślę, że będziemy już kończyli.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Dobrze, to po kolei, chronologicznie.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dobrze. Jeżeli chodzi o nakłady, to wróćmy jeszcze raz do slajdu, który jest właśnie na tablicy. To jest slajd z raportu NIK. Od roku 2020 nakłady na somatologię rosną szybciej niż cały plan NFZ. Stomatologia ma coraz większy udział w ogóle wydatków – od 1,9% w roku 2021 do 2,3% w roku 2024, zgodnie planem. Mówimy więc o tym, że zwiększamy nakłady na stomatologię szybciej, niż rosną ogólnie środki wydawane na świadczenia opieki zdrowotnej. Jeżeli więc tu jesteśmy, to powiedzmy sobie o działaniach tu i teraz. Tak jak próbowałem powiedzieć panu prezesowi, jestem w niezręcznej sytuacji. Jeżeli mówimy o złej sytuacji w latach 2009-2024, to wydzielmy z tego to, co dzieje się ostat-

nio. Pokażmy teraz rekomendacje. Proszę o rekomendacje, Tam też są zawarte pewne punkty. O ile dobrze pamiętam, w tej rekomendacji jednym z zaleceń jest rozszerzenie katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, co dzieje się już w tej chwili. Właśnie kończą się konsultacje publiczne zmiany rozporządzenia, które wprowadza wszystkie te zmiany do katalogu. Nie było to powiązane z raportem NIK. Po prostu, otrzymawszy rekomendacje prezesa, robimy to dla wszystkich świadczeń , które miały być włączone. Na część z nich była już rekomendacja. Na część potrzebowaliśmy natomiast nowej rekomendacji prezesa AOTMiT-u, bo byłą część dodanych świadczeń w ramach stomatologii dziecięcej. Nie chcemy robić tego po 3-4 procedury. Chcieliśmy zrobić dużą, kompleksową zmianę i dlatego trwało to tak długo. W tej chwili procedujemy całe rozporządzenie i ono wejdzie w życie. Powiedzmy więc, że ta rekomendacja będzie zrealizowana lada moment.

Jeśli chodzi o pozostałe rekomendacje… Dostosowanie wyceny. Proszę państwa, dostosowujemy tę wycenę. Pierwsza, która była dostosowywana, to endodoncja. To też zauważono w raporcie NIK. Powiedziałbym, że wycena endodoncji wzrosła skokowo. Był to 3-krotny lub 4-krotny wzrost wyceny. Do tego momentu stomatolodzy właściwie nie chcieli bawić się w endodoncję, a od tego momentu zaczęła się opłacać. Na polu protetyki zwiększyliśmy wycenę świadczeń z zakresu protez częściowych. Tam była pewnego rodzaju paranoja, bo NFZ płacił za protezy częściowe mniej, niż brali za to protetycy pracujący jako usługodawcy stomatologów. W tej chwili nie ma już takiego problemu. Zmieniliśmy także wycenę świadczeń chirurgicznych oraz w pewnym stopniu świadczeń zachowawczych. Musimy także pamiętać, że co roku 1 lipca dokonuje się zmiana większości wycen we wszystkich rodzajach świadczeń, w tym także w stomatologii. Podniesienie wyceny punktowej zgodnie z tym, co przygotowuje prezes NIK, to nie jest zmiana wyceny samego świadczenia w punktach, tylko zmiana wyceny punktów. Ona również ma wpływ na opłacalność i ma w jakimś stopniu rekompensować inflację, wzrosty kosztów pracy i całą resztę. To jest stały mechanizm, którego do niedawna nie było. W tym roku będzie on działał po raz trzeci. Pierwszy raz pojawia się więc mechanizm, który gwarantuje wzrost wyceny świadczeń niezależnie od tego, co będzie robione z poszczególnymi zakresami świadczeń. To, co będziemy przeszacowywać, mamy rozłożone na pewien czas. Stomatologia zachowawcza, która jest wszędzie i powszechnie przyjęta, pójdzie jako następna. Rozważane były zmiany wycen.

Jeżeli chodzi o poszerzenie… Przepraszam, to było chyba uwzględnienie… Chodzi o dokumenty strategiczne. Proszę państwa, dokumenty strategiczne należałoby tak naprawdę napisać dla każdego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, które finansuje Ministerstwo Zdrowia, bądź ich rodzaju, jak ujmuje to NFZ. Wydaje mi się, że bardziej chodzi o to, jak będziemy działali. Dajcie trochę czasu nowemu kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że określą te obszary strategiczne. Kontrola wypadła w takim niewdzięcznym okresie, w którym nie można było robić ani strategii, ani nic innego. Myślę, że jest to jeden z problemów, z którymi trzeba będzie się zmierzyć. Musimy się zastanowić, co w ogóle robić z poszczególnymi rodzajami świadczeń. Stomatologia jest o tyle specyficzna, że jest oderwana.

Panie prezesie, dementuję, że mówiłem, że 10% to mało. Mówiłem, że nie zgadzam się z poglądem, że w 15% gmin nie ma świadczeń dla dzieci, a w 20% gmin nie ma protetyki. Z tym się nie zgadzałem, ponieważ nie ma ich w co najwyżej 10% gmin, bo zajmują się tym gabinety ogólnostomatologiczne. Uważam, że 10% białych plam to dużo. Wcale nie powiedziałem, że można się z tym pogodzić. NFZ nigdy się z tym nie pogodził i, jak zapewne państwo wiedzą, wielokrotnie ogłaszał postępowania konkursowe. Ogłaszał je zarówno na obszarach białych plam, jak i na obszarach, gdzie miała działać pomoc doraźna. Nie znajdowali nikogo nawet po wzroście cen. Nie można jednak powiedzieć, że NFZ siedział bezczynnie z założonymi rękoma i nie próbował nic robić. Jest to kwestia pewnego braku zainteresowania.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze, za odniesienie się do tych pytań w dyskusji.

Jeszcze pan przewodniczący Szarama. Bardzo proszę.

Poseł Wojciech Szarama (PiS):

W tym zestawie dokumentów, we wnioskach, jest zaznaczone, że w stosunku do roku 2022 w 2023 r. nastąpił wzrost nakładów na leczenie stomatologiczne o 1 mld złotych. Jest też napisane, że w rezultacie tych praw z 2023 r., w 2024 r. wprowadzano formy finansowania tych świadczeń pakietami. Zmiana finansowania wiązała się ze znacznym wzrostem wyceny tych świadczeń. O ile procent wzrosła wycena świadczeń stomatologicznych? To jest pewna odpowiedź na pytania pana przewodniczącego. Jeżeli wzrośnie wycena świadczeń, to wtedy lekarze stomatolodzy chętniej będą przyjmować osoby z ubezpieczalni, a nie tylko prywatnych pacjentów.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Panie przewodniczący, to jest trochę bardziej skomplikowane. Zmiana tych…

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Przepraszam, panie dyrektorze, jeżeli pan pozwoli…

Chciałbym zapytać, czy są jeszcze jakieś pytania.

Poseł Wojciech Szarama (PiS):

Panie przewodniczący, wyszliśmy już bardzo daleko poza zakres spraw Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Weszliśmy już w zakres prac Komisji Zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Przypominam, panie przewodniczący, że to jest posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej, a nie posiedzenie Komisji Zdrowia, tak? Mam tego świadomość. W porządku.

Patrzę na osobę wnioskującą i chciałbym zaproponować, żebyśmy nie procedowali dzisiaj żadnego dezyderatu, tylko poprosili pana dyrektora, żeby przygotował w formie pisemnej wykaz tego, co zrobiło ministerstwo, co robi ministerstwo i co zamierza robić ministerstwo. Chodzi o działania w ramach tego pakietu, o których wspomniał pan dyrektor. Wtedy będziemy mogli wrócić do tego tematu. Dzisiaj koncentrujemy się stricte na tym, co zawiera raport Najwyższej Izby Kontroli.

Proponuję, żebyśmy kończyli już procedowanie. Zapytam więc państwa raz jeszcze – czy są jakieś pytania do pana dyrektora reprezentującego Ministerstwo Zdrowia, do pana prezesa reprezentującego NIK lub współpracowników, z którymi pan prezes przyszedł dziś na posiedzenie Komisji? Nie widzę.

Czy pan dyrektor chciałby jeszcze odnieść się do pytań?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Nie, panie przewodniczący, już nawet nie śmiem w tej chwili.

Przewodniczący poseł Tomasz Kostuś (KO):

Dobrze.

Odniosę się też do tego, o czym wspomniał pan przewodniczący Szarama. Zadałem pytania, na które nie do końca otrzymałem odpowiedź. Te pytania zmierzały jednak do odpowiedzi na pytanie o to, co zamierza zrobić ministerstwo w najbliższym czasie. Nie wchodząc już w problematykę Ministerstwa Zdrowia, poprosimy pana dyrektora o to, aby przygotował odpowiedź w formie pisemnej. Włączymy to sobie w porządek obrad na kolejnym posiedzeniu i omówimy krótko. Jeżeli będą jeszcze jakieś pytania i wątpliwości, to pozwolimy sobie przekazać je panu dyrektorowi. Tak?

Bardzo dziękuję za żywą dyskusję. Bardzo dziękuję panu prezesowi i współpracownikom Najwyższej Izby Kontroli. Dziękuję panu dyrektorowi, który również przyszedł z pracownikami Ministerstwa Zdrowia. Przepraszam bardzo, to pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozdrawiamy Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję bardzo. Proszę wybaczyć, ale jeszcze 48 godzin temu byłem w Chicago, więc *jet lag* daje się we znaki.

Dziękuję państwu bardzo. Stwierdzam, że Komisja przyjęła do wiadomości informację Najwyższej Izby Kontroli. Stwierdzam, że porządek dzienny posiedzenia został wyczerpany. Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo za uwagę. Dziękuję państwu za obecność. Dziękuję.